

**Bestätigung des Zentrums, dass die
Präimplantationsdiagnostik im Fall einer
zustimmenden Bewertung dort durchgeführt wird
(Anlage 4)**



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Prof. Dr. med. Susann Schweiger
Direktorin des Instituts für Humangenetik
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz

§ 5 Absatz 2 Nr. 5 Präimplantationsdiagnostikverordnung (PIDV)

Hiermit bestätige ich, dass die bei

Frau _____

geb. am _____

und Herrn* _____

geb. am _____

geplante Präimplantationsdiagnostik (PID) im Fall einer zustimmenden Bewertung durch die zuständige Ethikkommission im Zentrum für Präimplantationsdiagnostik der Universitätsmedizin Mainz durchgeführt wird.

Ort, Datum

**ggf. streichen*

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

[Stempel der Instituts]